



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica
Portuguesa

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização

em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por Cristina Maria Silva Cópio de Oliveira

LISBOA, SETEMBRO de 2012



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica
Portuguesa

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização

em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por Cristina Maria Silva Cópio de Oliveira

Sob orientação de: Professora Doutora Helena Maria Guerreiro José

LISBOA, SETEMBRO de 2012

RESUMO

O presente Relatório pretende descrever o Estágio realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Universidade Católica Portuguesa, o qual decorreu em três locais distintos, nomeadamente, na UCIP e Serviço de Urgência Geral do HF.E.P.E. e no Bloco Operatório do Hospital da Luz. Este Relatório pretende ainda refletir, criticamente, sobre as atividades desenvolvidas, assim como sobre a aquisição e o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, relacionais e humanas, especializadas, na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica. Em termos de estrutura, começou-se por caracterizar brevemente os três locais onde se realizaram os Ensinos Clínicos; seguidamente, foram apresentados os objetivos que se pretendeu alcançar e foram descritas as atividades desenvolvidas ao longo do Estágio; em último lugar, refletiu-se sobre as oportunidades de aprendizagem que contribuíram para a aquisição de competências no âmbito da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e à sua família.

Como o Estágio possibilitou uma aprendizagem bidirecional, foram igualmente referidos os contributos deixados pela estagiária junto dos locais dos Ensinos Clínicos, designadamente: um Projeto de Intervenção em Gestão do Risco Clínico, um Poster, Normas de Procedimentos, Ações de Formação, atualização de *Guidelines* e organização de um Seminário de Enfermagem.

Os Ensinos Clínicos foram uma mais-valia para a estagiária, no sentido em que lhe permitiram alcançar uma prática clínica especializada, em conformidade com os valores e as crenças significativas para a pessoa e para a família. Além disso, o contacto com diferentes realidades sociais e culturais, durante a sua prática clínica, possibilitaram um efetivo enriquecimento pessoal e profissional.

Por fim, importa referir que a estagiária procurou sempre assumir um papel dinamizador no desenvolvimento e no suporte de iniciativas estratégicas que conduzissem à satisfação das necessidades da pessoa em situação crítica.

Palavras-chave: Enfermagem, Especialidade Médico-cirúrgica, Competências, Cuidar, Risco.

ABSTRACT

This report pretends to describe the stage performed under the Master's Degree in Nursing and Specialist in Medical-Surgical Nursing, Catholic University of Portugal, which took place in three locations, including PICU and ER General HF.EPE and the Operating Room of Hospital da Luz.

This report also aims to reflect critically on the activities, as well as on the acquisition and development of scientific expertise, technical, relational and human specialized in the area of Medical-Surgical Nursing. In terms of structure, it was first briefly characterize the three places of Clinical Teaching, then, presented the goals that were intended to achieve and describes the activities carried out during the clinical stage, most recently, reflected on the opportunities learning that contributed to the acquisition of skills in the care of the person in critical condition and his family.

How to Stage a possible two-way learning, were also referred to the contributions left by the trainee at the sites of the Clinical Teaching, namely: an Intervention Project in Clinical Risk Management, a poster, Rules of Procedure, Actions Training, updating and Guidelines organization of a seminar of Nursing.

The Clinical Teaching was an added value to the intern, in that enabled him to achieve a clinical practice specializing in accordance with the values and beliefs significant to the person and the family. Furthermore, contact with different social and cultural realities during their clinical practice, allowed an effective personal and professional enrichment. Finally, it should be noted that the trainee has always sought to take a leading role in developing and supporting strategic initiatives that would lead to meeting the needs of the person in critical condition.

Keywords: Nursing, Medical-Surgical Specialties, Skills, Caring, Risk

AGRADECIMENTOS

À Professora Tutora de Estágio,
Professora Doutora Helena Maria Guerreiro José,
agradeço a disponibilidade científica e a amizade ao longo deste percurso.

Aos Enfermeiros Orientadores,
Enf.^a Especialista Paula Vala, Enf.^a Ana Mendes, Enf.^a Iolanda Pita, e Enf.^a Especialista
Ana Cláudia Custódio, a disponibilidade e os momentos de reflexão partilhados.

Às diversas Equipas Multidisciplinares onde decorreram os Módulos de Estágio,
pela forma afável como me receberam.

Aos meus amigos, pelo sorriso que insistiram em manter na minha face,
ao longo de todo este percurso.

À minha família pelo carinho, apoio e compreensão por todos
os momentos em que devia e não estive presente.

SIGLAS E ACRÓNIMOS

AESOP – Associação de Enfermeiros De Sala De Operações Portugueses

AORN – American Association of Operating Room Nurses

BO – Bloco Operatório

CIPE – Classificação Internacional para a prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

HFE.P.E. – Hospital de Faro, Empresa Pública Empresarial

OMS – Organização Mundial de Saúde

PIC – Pressão Intracraniana

SAPE – Sistema de Apoio para a prática de Enfermagem

SO – Sala de Observação

SU – Serviço de Urgência

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UCPA - Unidade de Cuidados Pós Anestésicos

UNAIBODE – Union Nationale des Associations d Infirmiers de Bloc Opératoire

Diplômés d'Etat

ABREVIATURAS

enf.º - Enfermeiro

enf^{os} – enfermeiros bpm – batimento por minuto

Sr. – Senhor

sr^a - senhora

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
 1 - DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ACTIVIDADES	
 DESENVOLVIDAS.....	12
1.1- MÓDULO II – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE DO HFE.P.E.....	12
1.1.1.1 – Objetivos e Atividades Desenvolvidas na UCIP do HFE.P.E...	13
1.2- MÓDULO III – BLOCO OPERATÓRIO DO HOSPITAL DA LUZ.....	20
1.2.1 – Objetivos e Atividades Desenvolvidas no Bloco Operatório do Hospital da Luz.....	22
1.3- MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL DO HFEPE.....	28
1.3.1 – Objetivos e Atividades Desenvolvidas no Serviço de Urgência do HFE.P.E.....	29
 2 – REFLEXÃO FINAL.....	36
 3 – CONCLUSÃO.....	38
 4 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41

APÊNDICES

Apêndice I – Carta aos Serviços Farmacêuticos

Apêndice II - Norma de Monitorização de Pressão Intracraniana

Apêndice III – Poster: Risco Clínico numa Unidade de Cuidados Intensivos

Apêndice IV - Ação de Formação: Plano de Gestão do Risco Clínico e Norma de

Cuidados de Enfermagem a Doentes com Monitorização de PIC

Apêndice V – Norma sobre Manuseamento e Armazenamento de Material Estéril no

Bloco Operatório

Apêndice VI - Norma sobre Medidas de Controlo e Reposição de Estupefacientes e

Psicotrópicos no Bloco Operatório

Apêndice VII – Ação de Formação: Atualização de Recomendações do *European*

Resuscitation Council (ERC) Guidelines 2010

Apêndice VIII – Questionário de Avaliação da Sessão

Apêndices IX – Proposta de Alteração da Sala de Enfermagem do SU do HF.E.P.E

Apêndices X – Pedido de autorização para realização Seminário de Enfermagem do SU

Apêndices XI – Seminário de Enfermagem do Serviço de Urgência – A Pessoa em

Situação Crítica – Gestão do Risco em Meio Hospitalar

ANEXOS

Anexo I – Certificado de apresentação de Poster nas I Jornadas Internacionais de Évora

Anexo II – Certificado de apresentação de Poster nas Jornadas de Enfermagem em

Cuidados Intensivos 2011 – A Pessoa em Situação Crítica

Anexo II – Autorização de Conselho de Administração para realização de Seminário de

Enfermagem do SU

Anexo IV – Certificado comprovativo como elemento organizador e da comissão

Científica do Seminário de Enfermagem do Serviço de Urgência no
HDFE.P.E.

INTRODUÇÃO

A inovação tecnológica, na área da Saúde, é cada vez mais célere e abrangente. Os enfermeiros, como elementos fundamentais de uma organização de saúde, têm vindo a consciencializar-se da necessidade de uma contínua atualização de saberes e de competências. Efetivamente, a enfermagem tem registado, no decurso dos últimos anos, “uma evolução, quer ao nível da respetiva formação de base, quer no que diz respeito à complexificação e dignificação do seu exercício profissional”, tal como é referido pelo REPE (1998). Deste modo, é imprescindível reconhecer o valor significativo do papel do enfermeiro no âmbito da comunidade científica de saúde, assim como a qualidade dos cuidados prestados por este profissional.

Atualmente, deparamo-nos com uma necessidade de conhecimentos aprofundados e atualizados em áreas específicas da enfermagem, em prol de uma prestação de cuidados com qualidade. De facto, segundo o REPE (1998), o título de enfermeiro especialista “preconiza, reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de Enfermagem especializados na área clínica da sua especialidade”.

O Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Universidade Católica Portuguesa, vem dar resposta à necessidade de uma formação Pós-Graduada, aprofundada e atualizada em Enfermagem, assim como ao preconizado pela formação de Enfermeiro Especialista.

De acordo com o plano de estudos do Curso, é proposto um Estágio, composto por três Módulos, aos quais correspondem 750 horas de trabalho, tendo sido previstas 180 horas de contacto por módulo. O Estágio tem o objetivo de proporcionar a aquisição e o desenvolvimento de conhecimentos e de competências específicas ao Enfermeiro Especialista, no que diz respeito à Pessoa em Situação Crítica.

O Módulo II – Cuidados Intensivos – decorreu no período de 27 de abril a 24 de junho de 2011, na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Hospital de Faro

E.P.E. A escolha deste local esteve relacionada com o facto de ser uma unidade polivalente, que dá uma resposta multifacetada à pessoa em situação crítica.

O Módulo III – Enfermagem no Perioperatório (Opcional) – foi realizado entre os dias 26 de setembro e 18 de novembro de 2011. As razões da escolha do Bloco Operatório do Hospital da Luz prenderam-se com a sua inovação tecnológica, com as diversificadas valências a que dá resposta e com o facto de ser uma unidade de referência em termos de hospitalização privada.

O Módulo I – Serviço de Urgência – decorreu no período de 21 de novembro de 2011 a 27 de janeiro de 2012. A opção por este Serviço do Hospital de Faro E.P.E. relacionou-se com o facto de dar resposta a um vasto leque populacional e por ser um Hospital de referência na região sul do País.

O Estágio assume um papel preponderante na formação académica do estudante de Enfermagem, visto que contribui para um enriquecimento pessoal, viabiliza a aquisição de conhecimentos e de competências do enfermeiro nos diversos contextos e permite ainda uma consolidação de saberes. Possibilita, deste modo, ao profissional alcançar uma melhoria no cuidar em Enfermagem, potencializando ganhos em saúde.

A “linha condutora” que esteve subjacente aos três Módulos foi a minimização do impacto do Risco associado aos cuidados de enfermagem à Pessoa e família em situação crítica. Logo, para além de ambicionarmos a aquisição de competências científicas, técnicas e humanas na área da prestação de cuidados de Enfermagem Médico-Cirúrgica, pretendíamos que a intervenção incidisse na prevenção e na gestão do risco associado aos cuidados de enfermagem.

É de referir que a nossa experiência profissional sempre incidiu no planeamento, na prestação e na avaliação de cuidados à pessoa em situação crítica, nomeadamente nos sete anos no Serviço de Urgência, nos cerca de quatro anos na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários, nos três anos no serviço de Pneumologia e nos dois anos no Bloco Operatório do HFE.P.E. Nesse sentido, tentámos gerir e mobilizar, de forma adequada, conhecimentos e competências previamente adquiridos com a experiência profissional anterior e transferi-los / adequá-los ao decorrer do Estágio.

Este Relatório teve como guia orientador o Projeto de Estágio, documento que constituiu um ponto de reflexão inicial para o desempenho ao longo de todo o percurso desenvolvido. O Projeto de Estágio foi reformulado e adaptado em função das características próprias de cada serviço, depois de devidamente observadas e analisadas. Foi dada primazia ao desenvolvimento de estratégias que viabilizassem a implantação de medidas que constituíssem uma mais-valia para o próprio serviço.

Relativamente aos objetivos, este Relatório tem o objetivo geral de:

- Dar a conhecer o percurso desenvolvido, no âmbito do Estágio, ao nível da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

E os objetivos específicos de:

- Enunciar os objetivos propostos a alcançar em cada Ensino Clínico;
- Descrever as atividades desenvolvidas ao longo do Estágio, tendo em conta os objetivos indicados;
- Refletir de forma crítica sobre as atividades desenvolvidas;
- Identificar as competências adquiridas, com vista à atribuição, pela Ordem dos Enfermeiros, do Título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

No que diz respeito à estrutura, o presente Relatório encontra-se organizado da seguinte forma: em primeiro lugar, temos uma caracterização sumária de cada um dos locais de estágio e uma análise crítica das atividades e das competências desenvolvidas ao longo dos três ensinos clínicos; em segundo, encontramos a reflexão sobre as competências adquiridas ao longo do Estágio e, em terceiro, temos a análise e uma apreciação final de todo o caminho percorrido ao longo deste Curso de Mestrado, mostrando como o mesmo contribuiu para o entendimento da Enfermagem como “uma profissão que tem a responsabilidade ética e social, tanto para o indivíduo como para a sociedade, para ser responsável pelo cuidar e estar na vanguarda das necessidades de cuidados da sociedade no presente e no futuro” (Watson, 2002, p. 61).

1-DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Começamos por efetuar uma abordagem aos três Módulos que constituíram o Estágio. Como os mesmos não são precedentes entre si, serão apresentados pela ordem cronológica em que foram efetuados.

1.1 – MÓDULO II – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE DO HFE.P.E.

Os rápidos avanços científicos e tecnológicos são evidentes nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), onde novas modalidades de abordagens, tecnologias e tratamentos estão em interface com os esforços sucessivos por uma melhoria contínua dos cuidados. Assim, o enfermeiro deve ser capaz de organizar, de planificar e de coordenar as necessidades da pessoa e da família, adequando as prioridades à situação por estes vivenciada.

O ambiente de cuidados intensivos, tal como defendido por Urden, (2008, p. 6), é determinado pela alta tecnologia, é direcionado para a monitorização e tratamento das alterações que ameaçam a vida, enfatiza as perícias técnicas, a competência profissional e a resposta às situações críticas. Urden, (2008, p.6) refere ainda “que manter o cuidar nos cuidados de enfermagem é um dos maiores desafios a enfrentar.”

De facto, a pessoa e família a quem se prestam cuidados numa UCI, requerem contínua atenção, disponibilidade, estudo e entrega. Logo, é de extrema importância que o enfermeiro conheça a pessoa alvo de cuidados para que possa prever e detetar precocemente as complicações e assim esteja em condições de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.

Efetivamente, a prestação de cuidados numa UCI representa um desafio para o enfermeiro, o qual tem que ser capaz de prestar cuidados intensivos de alta qualidade com a maior competência, usando todas as tecnologias apropriadas e incorporando

também abordagens psicossociais e holísticas, sempre que estejam em adequação com o tempo e a situação, tal como é defendido por Urden, (2008).

Nesse sentido, o enfermeiro, que exerce funções numa UCI, depara-se com um ambiente contínuo, onde a díade vida e morte é uma constante. Este profissional deve estar preparado para prestar cuidados à pessoa e à família que vivencia processos complexos de doença crítica e deve possuir conhecimentos específicos que lhe permitem tomar e implementar decisões adequadas em tempo útil.

Tal como foi referido, a opção pela UCIP do HDF, E.P.E relacionou-se com o facto de ser uma Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, que recebe doentes de várias especialidades médicas, cirúrgicas e neurocirúrgicas.

A Unidade situa-se no terceiro piso do Edifício Central do Hospital e é constituída por duas salas amplas. Tem capacidade para prestar cuidados diferenciados a nove doentes. No que se refere aos profissionais, esta Unidade apresenta uma equipa multidisciplinar, composta por 34 enfermeiros, 7 médicos, 11 assistentes operacionais, 1 assistente social e 1 secretária de unidade. O método de distribuição de trabalho utilizado é o de Enfermeiro Responsável. Não obstante, é promovido o espírito de trabalho em equipa.

1.1.1 - Objetivos e Atividades Desenvolvidas na UCIP do HFE.P.E

Apresentamos, de seguida, uma descrição dos objetivos delineados para este ensino clínico e das atividades desenvolvidas. Mostraremos como esses objetivos contribuíram para o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem médico-cirúrgica.

- ❑ Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.**

❑ Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional.

O desempenho dos enfermeiros numa UCI é bastante complexo, daí a necessidade de uma prestação de cuidados com maior rigor, segurança e qualidade, assim como uma maior eficácia, eficiência e efetividade. Benner (2001, p. 121) afirma que os enfermeiros viram “a sua função de diagnóstico e vigilância desenvolver-se de uma forma importante”; de facto, o número de doenças e de intervenções por pessoa “aumentou de uma forma exponencial no decorrer dos últimos decénios”.

A polivalência da UCI proporcionou-nos um vasto leque de experiências. Observámos e colaborámos com a equipa médica sempre que oportuno, e prestámos cuidados de enfermagem específicos concretizados na realização de vários procedimentos, nomeadamente: na ventilação mecânica invasiva (que permitiu a familiarização com os diversos modos ventilatórios, entubação e extubação endotraqueal); na colocação, manutenção e remoção de cateteres venosos centrais, linhas arteriais, drenagens torácicas e pericárdicas, drenos e pensos cirúrgicos e neurocirúrgicos. Procedemos aos cuidados inerentes à pessoa submetida a técnicas dialíticas (Hemodiálise e Hemofiltração). Prestámos os cuidados essenciais à pessoa com monitorização de pressão intracraniana (PIC); os cuidados específicos à pessoa politraumatizada e traqueostomizada; os cuidados inerentes à pessoa em morte cerebral param posterior colheita de órgãos; e os cuidados e os procedimentos intrínsecos à administração de terapêutica, alimentação entérica e parentérica. Procedemos à leitura, interpretação e registo dos valores dos dispositivos médicos obtidos através da monitorização hemodinâmica dos mesmos. Neste âmbito, conseguimos aprofundar e consolidar conhecimentos, aplicando evidência científica na prática, de forma a poder prevenir o erro, nas mais diversificadas intervenções de enfermagem. A reflexão e contextualização da prática permitiu-nos desenvolver uma metodologia de assistência eficaz na prestação de cuidados; tal como é defendido por Fernandes (2007, p. 80), quando os conhecimentos são contextualizados, as rotinas e a esquematização da ação apenas se tornam acessíveis ao estudante, no contexto da ação. Benner (2001, p. 32) refere que “A teoria é um excelente instrumento para explicar e predizer”, pois permite “Estabelecer ligações entre causa e efeito entre os acontecimentos”, chegando assim ao

“saber”, sendo que “saber” e “saber fazer (habilidades) ” constituem dois tipos diferentes de conhecimentos”. Logo, “o desenvolvimento do conhecimento numa disciplina aplicada consiste em desenvolver o conhecimento prático (saber fazer).

É perceptível que os enfermeiros se deparem com situações diversas que lhes exijam conhecimentos e atitudes coerentes, precisas e imparciais para uma tomada de decisão que vá ao encontro dos seus valores éticos, embora, por vezes, não seja fácil. Segundo Watson (2002, pp. 55-56), o Cuidar é “o ideal moral da enfermagem, pelo que o seu objetivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana”. Cuidar envolve valores, vontade, um compromisso, conhecimentos, carinho. O enfermeiro tem que ter um conhecimento de saúde-doença, deve saber interagir com o ambiente e a pessoa; deve possuir um conhecimento do processo do cuidar e um autoconhecimento das suas próprias capacidades e limitações para negociar.

Para além das atividades atrás enunciadas, o estágio permitiu-nos também assumir a função de elo de ligação entre a pessoa e a sua família, assim como entre a pessoa, a família e a restante equipa multidisciplinar. Na relação com a pessoa e com a família, procurámos compreender os seus sentimentos para que os mesmos pudessem demonstrar e vivenciar as suas emoções sem entraves. Como refere Watson (2001), quando o enfermeiro é capaz de experimentar ou de perceber os sentimentos do outro, é capaz de os detetar e de os sentir e, por sua vez, de os expressar de tal forma que a outra pessoa é capaz de os conhecer mais profundamente e de libertar os sentimentos que tem ansiado por expressar.

A experiência profissional precedente foi uma mais-valia para a prestação dos cuidados atrás referidos, visto que sempre exerceu funções na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica, permitiu assim, gerir de forma adequada a informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada. Tivemos, naturalmente, que desenvolver a capacidade de adaptação a novas situações com as quais não estávamos familiarizados, de modo a dar resposta às necessidades, quer pessoais, quer da pessoa e família a quem se prestou cuidados. O contacto constante com as famílias foi uma dessas situações. Procurámos sempre manter uma atitude disponível para ouvir a pessoa e a família, privilegiando a comunicação verbal

ou não verbal, de modo a desenvolver uma relação assertiva de forma a proporcionar conforto à pessoa em situação crítica e à família. Não poderemos deixar de considerar a teoria do Conforto defendida por Kolcaba, que define as necessidades de cuidados de saúde como necessidades de conforto resultantes de situações de cuidados de saúde provocadoras de tensão, que incluem necessidades físicas, psicológicas, sociais e ambientais, tornadas aparentes através de relatos verbais ou não-verbais (citado por Tomey e Alligod, 2004, p. 484).

Sentimos a necessidade de efetuar uma pesquisa bibliográfica variada, procurámos esclarecer informações e partilhar ideias com a Enf.^a Orientadora e com os outros elementos da equipa multidisciplinar, o que se revelou bastante enriquecedor para o nosso desenvolvimento pessoal e profissional. Segundo Watson (2002, p. 56), cuidar é “um empreendimento”, que define o enfermeiro, a pessoa, o nível de espaço e de tempo. Por esse motivo, exige “estudos sérios, reflexão, ação e uma pesquisa para novos conhecimentos que ajudarão a descobrir novos significados da pessoa e do processo de cuidar”.

De entre as atividades realizadas, é de referir ainda a elaboração dos registos de enfermagem em suporte informático, no Sistema de Apoio para a Prática de Enfermagem (SAPE), com linguagem CIPE, assegurando, assim, a continuidade dos cuidados.

Efetuámos igualmente o registo diário TISS 28. Como defende Padilha (2005, p. 229), trata-se de um instrumento ainda em fase de implantação no serviço, o qual é utilizado para dimensionar a carga de trabalho de enfermagem, relacionando o nível de gravidade (grau de dependência e necessidade de cuidados) dos doentes e ponderando a quantificação das intervenções terapêuticas. O contacto com esta ferramenta de trabalho mostrou-nos que se trata de um meio adequado para a gestão de recursos humanos na UCI, visto que permite uma apropriada dotação de pessoal face às necessidades do serviço.

Colaborámos e participámos, ainda, no planeamento e na efetivação do transporte da pessoa em situação crítica, cujas situações exigiram a realização de exames complementares de diagnóstico e/ou a transferência para outro serviço intra-hospitalar.

Quanto às dificuldades sentidas no decorrer do estágio, consideramos que os momentos mais difíceis de gerir estiveram relacionados com o direito à vida e à qualidade de vida da pessoa. Mais concretamente, relacionaram-se com a prestação de cuidados a uma pessoa dadora de órgãos; com uma outra pessoa que se encontrava em morte cerebral e cujas circunstâncias levaram a que se chamasse a esposa para a derradeira despedida e ainda aquando da prestação de cuidados a pessoas jovens com traumatismos crânio-encefálicos com elevado índice de gravidade. Reconhecemos que foi difícil gerir emocionalmente estas situações, mas acabámos por as ultrapassar através da autorreflexão e das conversas informais com a enf.^a orientadora e com outros profissionais. É de referir que tivemos sempre uma atitude de completa disponibilidade para com as famílias, procurando escutá-las, não tecendo juízos de valor e acima de tudo, dando espaço e oportunidade para que pudessem verbalizar os seus sentimentos, receios e dúvidas diretamente relacionados com a situação vivida.

Tal como defendido por Fragata (2006, p.11), atualmente “a expectativa de um bom resultado terapêutico é cada vez maior”, assim “As eventuais falhas ou mesmo erros, sejam da organização ou dos técnicos de saúde, são invariavelmente apontadas como causa para um resultado aquém do esperado e, naturalmente, eivadas de culpa”.Tal como foi mencionado anteriormente, a Gestão do Risco é intrínseca e indispensável a uma UCI, ideia defendida igualmente por Fragata (2006, p. 41). Este investigador salienta que “gerir ou administrar o Risco Clínico é poder conhecer antecipadamente a probabilidade (risco) de um mau resultado – seja a morte ou a ocorrência de complicações.”

Atualmente, qualidade, gestão do risco e segurança do doente são fatores que estão intrinsecamente interligados. A administração de riscos faz parte das boas práticas. No caso específico dos erros, cometidos por profissionais de saúde durante a prestação de cuidados, torna-se uma questão ainda mais crítica, visto que pode comprometer a integridade e a saúde da pessoa a quem são prestados os cuidados.

De salientar que as Unidades de Cuidados Intensivos estão direcionadas para o tratamento da pessoa com ou em risco de falência multiorgânica, sendo que, devido à

grande complexidade, diversidade e quantidade de intervenções prestadas a estas pessoas, nos deparamos com um elevado índice de exposição ao Risco.

Fragata (2006, p. 41) define o «risco» nos seguintes termos:

“[Por] risco entende-se a probabilidade de ocorrência de um qualquer evento adverso. Por *evento adverso* entende-se qualquer ocorrência negativa ocorrida para além da nossa vontade e como *consequência do tratamento* mas não da doença que lhe deu origem, causando algum tipo de dano, desde uma simples perturbação do fluxo de trabalho clínico a um dano permanente ou a morte.”

Deste modo, demos início à implantação de um projeto de intervenção na área da Gestão de Risco Clínico, perspetivando-o num contexto de melhoria da qualidade dos cuidados em Enfermagem. Assim, com vista à implementação de estratégias que melhorassem a segurança na prestação de cuidados, efetuámos uma exposição aos serviços farmacêuticos do hospital, no sentido de sugerir a aquisição de medicamentos a fornecedores/laboratórios que não tivessem invólucros semelhantes entre si. Pretendia-se reduzir a probabilidade de erro aquando da sua administração (Apêndice I).

Ainda neste âmbito, foi desenvolvido um projeto de intervenção na área da Gestão do Risco Clínico, o qual tinha o objetivo de conduzir à implementação de estratégias com vista a melhorar e a garantir a segurança na UCIP do HFE.P.E.

Devido à não existência de uma unidade de pós-operatório para a pessoa submetida a neurocirurgia no HFE.P.E, sempre que é necessário, os doentes são transferidos para a UCIP. Existindo várias situações em que é necessário recorrer-se à monitorização de Pressão Intracraniana, verificámos que o procedimento por vezes suscitava dúvidas na equipa de enfermagem. Esta situação levou-nos, assim, a proceder à elaboração de uma Norma sobre Monitorização de Pressão Intracraniana, com o objetivo de uniformizar procedimentos, refletir sobre o processo de cuidados de enfermagem a doentes submetidos a monitorização de PIC e assegurar uma prestação de cuidados de enfermagem correta e sem risco para a pessoa (Apêndice II).

- ❑ **Ser capaz de comunicar as suas conclusões, os conhecimentos e os raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.**

A Formação, no âmbito da Enfermagem, é um processo construtor de saberes, que pretende desenvolver capacidades e competências.

No artigo 64.º do Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de novembro, da carreira de Enfermagem, pode ler-se no seu preâmbulo:

“[...] a natureza da profissão de enfermagem e as características do seu exercício fazem com que se deva privilegiar a formação em serviço como forma de manter atualizados, aprofundar e desenvolver os conhecimentos adquiridos [...], prevendo-se nesta carreira mecanismos que favoreçam e permitam concretizar este tipo de formação contínua”.

Hesbeen, (2000, p. 131) defende que ser formador na área da Enfermagem, para além de possuir conhecimentos diversos e domínio das técnicas, deverá ser alguém que fará “despertar para a riqueza, para a maravilha do outro” e para as “coisas da vida”. Deverá ser também um “revelador da beleza dos cuidados de enfermagem”.

Em síntese, no que se refere a este segundo objetivo, procurámos utilizar um discurso pessoal fundamentado e adequado, inerente à situação da pessoa, sempre que se tratava de fazer uma passagem de turno. Procurámos refletir na e sobre a prática clínica em diálogo com a enf.^a orientadora e com a restante equipa multidisciplinar do serviço. Realizámos e apresentámos um Poster nas I Jornadas Internacionais de Enfermagem da Universidade de Évora e posteriormente, nas Jornadas de Enfermagem em Cuidados Intensivos – A Pessoa em Situação Crítica, do HFE.P.E.. A comunicação intitulava-se *Risco Clínico numa Unidade de Cuidados Intensivos* e tinha o objetivo principal de dar a conhecer o projeto por nós iniciado no local de estágio. (Apêndice III) e (Anexo I,II).

Efetuámos, ainda, uma Ação de Formação em Serviço (Apêndice IV) com a finalidade de dar a conhecer à equipa de enfermagem, tanto o Projeto de Gestão do Risco, como a Norma de Monitorização de PIC a ser instituída posteriormente na Unidade. Esta Ação

foi transmitida via Plataforma, sendo possível assistir via internet, tendo assistido presencialmente 22 Enfermeiros.

A Ação referida foi complementada com um dossiê com artigos e bibliografia sobre as temáticas tratadas, permitindo, assim, aos enfermeiros interessados aprofundarem os seus conhecimentos. De entre os artigos incluídos nesse dossiê, uns relacionavam-se com a Gestão do Risco e outros com a monitorização de PIC.

Desenvolver intervenções de Enfermagem gerais e especializadas através de cuidados diferenciados/especializados, respeitando técnicas e princípios subjacentes aos mesmos.

Consideramos que as atividades desenvolvidas aquando deste Estágio trouxeram ganhos em saúde, para a pessoa a quem foram prestados os cuidados, para nós e para a Organização onde decorreu o estágio.

Com efeito, adquirimos novos conhecimentos, consolidámos outros e conseguimos mobilizar conhecimentos e aptidões anteriormente adquiridos para os contextos da prática. Todo este processo deu continuidade ao nosso autodesenvolvimento pessoal e profissional. Ao longo de todo o Estágio, sempre que foi considerado pertinente, promovemos a discussão e a reflexão na equipa sobre os diversos itens relacionados com a prestação de cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica.

No que se refere à prestação de cuidados à pessoa na UCIP, consideramos que tivemos oportunidade de demonstrar capacidade de reação perante situações imprevistas e complexas na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, que aliás são uma constante numa UCI. Utilizámos a metodologia do processo de Enfermagem, baseando a nossa prática em evidência científica, tendo a mesma implicado uma consulta de revistas científicas, publicações periódicas onde se verificaram estudos já efetuados, como exemplo, assim recorreu aquando da realização da norma que desenvolveu no serviço (Cuidados de Enfermagem aquando da Monitorização de PIC). Craig e Smyth (2004, p. 34) consideram a prática reflexiva como uma componente-chave dos cuidados de saúde baseados na evidência; o verdadeiro caráter de uma boa prática profissional passa por refletir sobre pressupostos considerados certos e que norteiam a prática do dia-a-dia e com os quais se avaliam o impacto e os resultados das interações e intervenções na

pessoa a quem se prestam cuidados. Identificámos necessidades de formação face ao doente com monitorização de PIC e identificámos áreas de intervenção, nomeadamente face à Gestão do Risco. Através da formação realizada e do Poster apresentado, promovemos a formação em serviço e o desenvolvimento profissional dos Enfermeiros. Relembrando Watson (2002, p. 52), o processo de cuidar indivíduos, famílias e grupos é um enfoque importante para a enfermagem, não apenas devido às transações dinâmicas de humano-para-humano, mas devido aos conhecimentos requeridos, ao empenhamento, aos valores humanos, compromisso pessoal, social e moral do enfermeiro no tempo e no espaço.

1.2 - MÓDULO III – BLOCO OPERATÓRIO DO HOSPITAL DA LUZ

O contexto perioperatório é envolvido por um certo misticismo, já que “é aí que muitas doenças são curadas, que se nasce, e por vezes também se morre, onde se fica amputado de um pedaço de corpo e também de um pedaço de vida...” AESOP (2006, p. XVI). É um processo vivenciado de forma única e individual por cada pessoa; logo, é função do Enfermeiro assegurar e disponibilizar cuidados de enfermagem específicos e de qualidade.

Segundo AESOP (2001, p. XI), o BO oferece ao enfermeiro um vasto e diverso campo de intervenção, com atividades diferenciadas que exigem conhecimentos e técnicas de natureza específica. Exige também gestos precisos, procedimentos perfeitos, consciência dos riscos, ponderação extrema sobre as normas de segurança, etc. a todos aqueles que nele trabalham. Uma conduta que não esteja em conformidade com as normas estabelecidas, o imprevisto ou a adoção de comportamentos negligentes de qualquer ordem podem ter repercussões desastrosas.

A AESOP (2001, p. 9) faz referência à AORN quando define as funções do Enf.º Perioperatório, as mesmas consistem em:

“identificar as necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais do doente/família, para elaborar e pôr em prática um plano individualizado de cuidados que coordene as acções de enfermagem, baseadas no conhecimento das

ciências humanas e da natureza, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem-estar do indivíduo antes, durante e após a cirurgia.”

Compreende-se, assim, a vasta e diversificada área de intervenção do enfermeiro perioperatório, o qual tem que conciliar as competências técnicas com as relacionais, valorizando um atendimento personalizado e individualizado, procurando dar resposta às necessidades inerentes de cada pessoa.

A opção pelo Hospital da Luz, mais concretamente pelo seu Bloco Operatório, para a realização do Estágio deveu-se ao facto de ser um Hospital reconhecido pela variedade de especialidades cirúrgicas, por apresentar todas as valências cirúrgicas, por realizar diariamente um elevado volume de cirurgias (entre 50 a 55) e por ser sinónimo de inovação tecnológica. Com efeito, dispõe de diversas tecnologias, como a medicina nuclear e foi pioneiro ao nível da cirurgia robótica em Portugal, com o sistema de cirurgia robótica DA VINCI Si HD, segundo a IESS (2011).

O BO do Hospital da Luz é composto por uma Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA), possuindo uma lotação de nove camas e oito salas cirúrgicas, que funcionam das 08:00 às 23:00, destinando-se à realização de cirurgias eletivas e/ou de urgência. Durante a noite, os fins-de-semana e os feriados, o BO possui uma equipa multidisciplinar de prevenção. Quanto à equipa de Enfermagem, esta é composta por quarenta Enfermeiros, em cujo número estão incluídos a Enf.^a Coordenadora do Serviço e dois enfermeiros responsáveis pelas áreas de Recursos Humanos e de Materiais. Quanto à distribuição da equipa, são destinados três enfermeiros por sala, um enfermeiro de apoio à Anestesia, um enfermeiro Circulante, um enfermeiro Instrumentista e dois enfermeiros para a UCPA.

1.2.1 - Objetivos e Atividades Desenvolvidas no Bloco Operatório do Hospital da Luz

Tendo em conta a especificidade deste Módulo, os objetivos definidos, aquando da elaboração do projeto para este campo de estágio, foram:

- ❑ Ser capaz de aplicar conhecimentos, compreender e resolver problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.**

Para alcançar os objetivos traçados, desenvolvemos uma metodologia de trabalho baseada na reflexão crítica da prática, na pesquisa bibliográfica, nas conversas informais e no esclarecimento de dúvidas com a equipa multidisciplinar, tendo sempre em vista assegurar a qualidade na prestação de cuidados, ou seja, garantir uma prática dirigida ao cuidar. O acolhimento, o saber ouvir, a disponibilidade e a criatividade dos enfermeiros, associados ao conhecimento científico e à competência técnica, são componentes essenciais num cuidar de qualidade, conforme bem refere Hesbeen (2001, p. 43).

Aquando deste Estágio, a prestação de cuidados decorreu ao nível do exercício de funções de enf.^a de anestesia e de enf.^a circulante. Foram igualmente asseguradas funções no Pós-Operatório imediato na UCPA. Colaborámos, ainda, com a enf.^a orientadora na instrumentação, experiência que muito apreciámos, porque, para além de representar um voto de confiança, nos forneceu uma visão diferente do ato cirúrgico, visto que se colabora diretamente no mesmo.

De acordo com a European Operating Room Nurses Association (EORNA) (cit. em AESOP, 2006, p. 110), “os indivíduos submetidos a cirurgia invasiva ou procedimentos anestésicos têm o direito de serem cuidados por pessoal qualificado num ambiente seguro enquanto estiverem numa unidade perioperatória.” Assim, são várias e diversificadas as intervenções de enfermagem numa sala cirúrgica. Começamos por nos referir, em primeiro lugar, às funções exercidas como enf.^a de anestesia. A este enfermeiro são exigidas competências específicas e técnicas anestésicas e de monitorização, assim como uma atuação eficaz e eficiente, para promover uma

prestação segura no pré, intra e pós-operatório (AESOP, 2006, p.114). De acordo com este princípio, enquanto enf.^a de anestesia, desenvolvemos conhecimentos e competências sobre as diversas técnicas e agentes anestésicos, interações medicamentosas e métodos de monitorização, tendo em vista um desempenho eficaz de acordo com as necessidades da pessoa a quem prestámos cuidados, para além de agirmos em complementaridade com os enf.ºs circulantes e os instrumentistas.

No Hospital da Luz, é a enf.^a de anestesia quem efetua o acolhimento, tornando-se o primeiro profissional com quem a pessoa contacta logo que chega ao BO. De facto, sempre que desempenhámos essa função, tivemos o cuidado de nos identificar e de procurar desenvolver uma relação de tranquilidade e de conforto. Tentámos esclarecer possíveis dúvidas e minimizar receios que pudessem surgir. Tendo em conta a Gestão do Risco Hospitalar, efetuámos o *Time in cirúrgico*, seguindo o protocolo existente no BO; confirmámos com a pessoa os seus antecedentes pessoais e a sua medicação habitual, consultando igualmente o processo informatizado para confirmação dessa informação. Sempre que necessário, efetuámos a tricotomia, lavagem e a primeira desinfeção do local cirúrgico.

Confirmámos a presença, a integridade e a conexão de todos os componentes dos circuitos ventilatórios; verificámos os níveis de gases anestésicos; e colaborámos na indução, na manutenção e na reversão anestésica, preparando e disponibilizando todos os dispositivos médicos e equipamentos necessários para efetuar os procedimentos inerentes à monitorização invasiva. Durante a cirurgia, mantivemos uma atitude de observação e de vigilância intensivas, no sentido de despistar sinais e sintomas de eventuais complicações que pudessem surgir e estar pronta a atuar em situações de urgência e de emergência. Cumprimos sempre as práticas recomendadas sobre a “técnica asséptica cirúrgica” sempre que foi necessário recorrer à mesma, nomeadamente aquando de procedimentos inerentes à monitorização invasiva, técnicas de anestesiologia, abertura de material, entre outras, agindo em prol da prevenção e do controlo da infeção. Durante as intervenções, promovemos a manutenção do bem-estar e do conforto da pessoa, através de um correto posicionamento e aquecimento, ou seja, assegurando um conforto ambiental e físico, tornando o meio envolvente, as suas

condições e influências externas mais acolhedoras, tal como é preconizado por Kolcaba (cit. por Tomey, 2004, p. 485).

No final das cirurgias, procedemos aos respetivos registos, providenciámos a saída em segurança da pessoa da sala cirúrgica e colaborámos no seu transporte para a UCPA, procedendo à transmissão de ocorrências do intra-operatório, nomeadamente a cirurgia e técnica anestésica, a que foi submetida, e eventuais intercorrências que possam ter surgido, a fim de assegurar a continuidade dos cuidados.

A propósito do exercício de atividades como enf.^a de anestesia, pudemos identificar alguns procedimentos dos quais evidenciaram poder ser reformulados, como a não existência de visita pré-operatória. Porém, a visita pré-operatória é vantajosa no sentido em que permite ao enf.^o uma aproximação, o conhecimento, a identificação de problemas da pessoa para a cirurgia AESOP, (2001, p. 124). Por esta razão, sugerimos aos enf.^{os} responsáveis a realização deste tipo de visita e a execução de um folheto informativo sobre o BO, embora nos tenha sido informado que mesmo concordando com a sugestão, de momento não se estava a considerar essa hipótese devido à falta de disponibilidade por parte dos profissionais.

A troca semanal das traqueias dos ventiladores causou-nos algum desconforto. Consideramos que se trata de um intervalo muito longo, visto que, sendo produtos de uso único, deveriam ser trocados por doente ou diariamente. Segundo a AESOP (2006, p. 265), tratando-se de traqueias reutilizáveis, a indicação é que, quando são utilizados filtros bacterianos, não há necessidade de mudar os sistemas de traqueias de doente para doente, mas é recomendado que a sua substituição se faça diariamente. Deste modo e atendendo à prática observada, não deixámos de fazer igualmente as nossas sugestões para que se procedesse a uma alteração dos procedimentos realizados como norma.

Considera-se uma não conformidade, a realização das tricotomias na sala cirúrgica, na medida em que “o cabelo capta e fixa microrganismos, tendo estas implicações diretas com a infeção de feridas operatórias” AESOP, (2006, p. 199). Além disso, a AESOP recomenda que a tricotomia seja evitada sempre que possível, de modo a prevenir o Risco de infeção da ferida operatória. Abordámos esta questão com a enf.^a coordenadora e os enf.^{os} Responsáveis, os quais concordaram com a observação, mas alegaram tratar-

se de procedimentos instituídos em conformidade com o preconizado pelos cirurgiões. Confessamos que nos sentimos frustrados e impotentes com a situação, mas é bom lembrar que a segurança é uma responsabilidade partilhada entre a organização e os seus profissionais AESOP, (2006, p. 64); logo, todas as partes envolvidas devem agir em parceria, de modo a contribuírem para a prevenção e a minimização da exposição ao risco.

Em segundo lugar, tratamos das funções desempenhadas enquanto enf.^a circulante. As mesmas foram inerentes ao conteúdo funciona do desempenho da enf.^a circulante, tendo assim contribuído para enriquecer a nossa prática e melhorar os cuidados prestados. Tal como refere Benner (2001, p. 31), a prática é “um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o carácter, o conhecimento e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática”.

Este foi o campo onde surgiram mais dificuldades, devido ao facto de ser uma área bastante abrangente, incluindo técnicas cirúrgicas, materiais e procedimentos (alguns completamente novos), terminologias específicas, etc.. Para colmatar essas dificuldades, pesquisámos a informação julgada necessária e esclarecemos dúvidas com a enf.^a orientadora e com a restante equipa multidisciplinar. De facto, quando exercemos funções como enfermeira circulante, tentámos responder às necessidades da equipa cirúrgica tendo sempre como objetivo final garantir a segurança tanto da pessoa que é submetida a cirurgia, como de toda a equipa multidisciplinar, através do manuseamento adequado de todo o material e assegurando as condições de assepsia inerentes ao ato cirúrgico.

Tendo em vista a Prevenção da Gestão do Risco em Meio Hospitalar, efetuámos o *Check* Cirúrgico. Trata-se de uma mais-valia ao nível da prevenção do Risco, tendo sido implantado através da Circular Normativa n.º 16/DQS/DQCO, de 22/06/2010, em todos os Blocos Operatórios do Sistema Nacional de Saúde, pela Direção Nacional de Saúde. Atentámos igualmente às diversas situações inesperadas que pudessem surgir e colocar em causa a segurança quer da pessoa, quer da equipa que se encontrava na sala cirúrgica.

Durante o desempenho das atividades como enfermeira circulante, constatámos que os materiais fornecidos para a mesa cirúrgica não eram entregues em mão à enf.^a instrumentista, sendo colocados na mesa pela enf.^a circulante. No entanto, como é estipulado pela AESOP (2006, p. 54), os materiais abertos pela enf.^a circulante devem ser entregues à mão da enfermeira instrumentista, pois “não é aceitável a prática de abrir embalagens e „atirar“ o seu conteúdo para a mesa de instrumentos”. Com efeito, ainda segundo a AESOP (2006, p. 53), havendo um manuseamento excessivo dos Dispositivos Médicos Estéreis (DME), a situação “pode levar à quebra da integridade das embalagens ou à quebra da sua resistência inicial e, consequente contaminação”. Além disso, observámos, por vezes, a vinda de embalagens provenientes do exterior para a sala cirúrgica, nomeadamente de caixas de cartão, o que está em contradição com as normas da AESOP (2006, p. 50), que defende que “os dispositivos médicos estéreis, provenientes de armazéns ou serviços de aprovisionamento das instituições, devem ser retirados da embalagem antes de entrarem no BO”.

Atendendo às situações irregulares observadas, discutimo-las com a enf.^a orientadora e com os enf.^{os} responsáveis e elaborámos uma Norma sobre Manuseamento e Armazenamento de Material Estéril no BO (Apêndice V), com o intuito de alertar para a necessidade de acondicionamento e manipulação de material estéril, a fim de prevenir infeções cruzadas, reduzir a transmissão de microrganismos e uniformizar procedimentos.

Mais ainda, no decorrer do Módulo, sempre que se justificou, sensibilizámos a equipa de Enfermagem e os Assistentes Operacionais para a importância de boas práticas no controlo da infeção. Fundamentámos essas observações, apoiando-nos em evidência científica, com o sentido de incentivar uma prática com maior rigor, segurança e qualidade, para garantir maior eficácia, eficiência e efetividade.

Em terceiro lugar, referimos a prestação de cuidados na UCPA. A atuação do enfermeiro segue as competências específicas inerentes às práticas da Enfermagem Perioperatória, ou seja, a sua atuação desenvolve-se em três áreas: na prevenção de complicações anestésico-cirúrgicas, na deteção precoce e no tratamento das complicações que não são evitáveis (por exemplo, as hemorragias, a paragem

cardiorrespiratória, entre outras). Quer dizer que a atuação do enfermeiro na UCPA está relacionada com a implementação de respostas de enfermagem que sejam apropriadas às complicações e com a preparação da pessoa para a reabilitação e recuperação do seu equilíbrio fisiológico num ambiente de segurança e de conforto, visto que “a vigilância prudente e a detecção precoce dos problemas são a primeira forma de defesa do cliente” (Benner, 2001, p. 119).

Tal como preconizado por Kolcaba (cit. por Tomey, 2004, p. 491), o conforto físico, psico-espiritual, ambiental e social, esteve sempre presente nas atividades que desenvolvemos, razão pela qual, quando permanecemos nesta Unidade, tivemos o cuidado de preparar a mesma, no sentido de dar resposta às necessidades da pessoa, não negligenciando as competências relacionais, procedendo-se à sua monitorização de parâmetros vitais, aquecimento, vigilância de drenos e pensos, e controlo da dor. As funções passavam por assegurar a sua estabilidade hemodinâmica, a reversão dos bloqueios regionais, e despistar complicações o mais precocemente possível.

A nossa passagem pela UCPA saldou-se, ainda, pela elaboração de uma Norma sobre Medidas de Controlo e Reposição de Estupefacientes e Psicotrópicos no Bloco Operatório (Apêndice VI), uma vez que ficámos a saber que desapareciam repetidamente estupefacientes dos cofres existentes na Unidade e interessou-nos atuar na área da Prevenção do Risco, tentando assim assegurar uma adequada utilização dos mesmos.

Refletindo sobre a prática desenvolvida neste Módulo e pensando nos objetivos a que nos propusemos inicialmente, consideramos que os mesmos foram atingidos, pelas razões atrás expostas. Para além dos mencionados, ainda estabelecemos outros objetivos, que a seguir enumeramos:

- ☐ **Ser capaz de comunicar conclusões, conhecimentos e raciocínios, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.**
- ☐ **Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros.**
- ☐ **Promover a formação em serviço na área de formação.**

A Gestão do Risco sendo o “fio condutor” do nosso estágio chamou-nos a atenção para algumas situações irregulares. Por exemplo, verificámos que os algoritmos existentes nos carros de urgência do BO do Hospital da Luz não estavam em conformidade com as *Guidelines* preconizadas pelo Conselho Português de Ressuscitação, podendo expor a pessoa ao risco. Esta situação levou-nos a efetuar uma Atividade Formativa durante a qual demos a conhecer as *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010*, aplicando, no final da atividade, um Questionário de Avaliação da Sessão. Participaram dezasseis elementos nesta Atividade Formativa e responderam ao questionário quinze elementos da equipa (Apêndice VIII). Mais ainda, foram fornecidas capas ao serviço, contendo os diversos algoritmos, a fim de serem colocados nos respetivos carros de urgência, e foi deixado um manual das *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010*, em suporte papel, para consulta.

Para além das Normas, a Atividade Formativa, os Algoritmos e o Manual foram enviados para o correio eletrónico da enf.^a responsável pelos recursos humanos, a fim de reenviar para a restante equipa. Pretendemos, assim, comunicar aspetos importantes do foro profissional, contribuindo para a promoção do desenvolvimento pessoal e profissional da equipa de Enfermagem do BO do Hospital da Luz.

1.3- MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL DO HFE.P.E.

É ao Serviço de Urgência Geral (SU) que, preferencialmente, se recorre quando se vivencia um processo de doença aguda ou quando ocorre a agudização de uma doença crónica. Deverá ser função do SU prestar cuidados de saúde em tempo útil e de qualidade a todos os que lá se dirigem em situação de urgência ou de emergência, devendo o Serviço garantir a individualidade, a segurança e a dignidade da pessoa.

O Hospital de Faro E.P.E. é um hospital público, com características de hospital central, dando resposta a um vasto leque populacional, uma vez que a ele recorrem a 200 a 250 pessoas diariamente. O SU é um serviço específico que envolve e integra vários setores articulados entre si, procurando responder às necessidades da pessoa e à exigência da situação clínica.

No que diz respeito aos profissionais, o SU tem uma equipa composta por 52 enf.^{os}, com uma média de idades entre os 25 e os 30 anos. Esta encontra-se subdividida em cinco equipas, sendo cada uma liderada por um enf.^o chefe de equipa em todos os turnos (responsável pela gestão e pela supervisão da equipa e do Serviço), 23 Assistentes Operacionais e a equipa médica constituída por médicos de diversas especialidades. O método de distribuição de distribuição de trabalho dos enfermeiros é o método individual.

Em termos de organização interna o SU é composto pelos setores a seguir enumerados: Sala de Triage, Sala de Emergência, Balcões de Atendimento, Sala de Tratamentos, Sala de Pequena Cirurgia e Sala de Ortopedia. Há ainda uma Sala de Observação com capacidade para receber cinco pessoas e uma Unidade de Acidente Vascular Cerebral, com igual capacidade de resposta. A Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Urgência (UCISU) está também integrada no espaço físico do SU, mas nela trabalham equipas distintas. Esta Unidade tem capacidade de resposta para dezoito pessoas em situação crítica.

1.3.1 – Objetivos e Atividades Desenvolvidas no Serviço de Urgência do HFE.P.E.

Voltar ao SU foi uma espécie de “voltar a casa”, visto que, há oito anos, exercemos funções neste Serviço durante um período de sete anos. Comparativamente a esse passado, hoje o SU é um serviço com uma dinâmica bastante diferente, em virtude do sistema de Triage de Manchester e do Sistema ALERT, que não existiam na altura. O facto de termos experiência nesta área clínica não fez com que o Estágio deixasse de ser aliciante; muito pelo contrário, pois é uma área que nos desperta bastante interesse e permitiu testar as competências previamente adquiridas. Como defende Heesbeen (2001, p. 73), “as qualificações podem alimentar as competências, mas as competências têm sempre de ser apreciadas face à situação que se apresente”.

Relativamente aos objetivos a que nos propusemos atingir, procurámos:

- ❑ Ser capazes de adquirir e consolidar conhecimentos; lidar com questões complexas, incluindo encontrar soluções; emitir juízos em situações de**

informação limitada ou incompleta, refletindo inclusive sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem.

Durante o Estágio, embora tenhamos estado nos diversos setores do SU (o que possibilitou uma percepção geral do Serviço), a nossa prática incidiu, sobretudo, na Sala de Triagem, na Sala de Emergência e na Sala de prestação de cuidados de enfermagem, que dá apoio aos Balcões, onde efetuámos turnos no período da manhã e da tarde, tendo tido dois Enf.^{os} Orientadores.

Como já foi referido, o contacto com o sistema de Triagem de Manchester representou uma novidade para nós. Trata-se de um sistema que já se encontra em vigor em vários hospitais do país e que está acreditado pelo Ministério da Saúde, pela Ordem dos Médicos e pela Ordem dos Enfermeiros. Este sistema recorre a um protocolo clínico que permite classificar a gravidade da situação de cada doente que se dirige ao Serviço de Urgência, isto quer dizer que é usado para determinar a gravidade de uma doença ou de uma lesão às pessoas que dão entrada no SU, a fim de colocar o doente no local certo e no momento certo, para receber o nível adequado de cuidados de que necessita (Sheehy's, 2001, p. 117).

Sendo, neste setor, o lugar onde ocorre o primeiro contacto com o enfermeiro, procurámos sempre adotar uma atitude empática, de compreensão e de respeito pela pessoa e família, de forma a tranquilizá-las o mais possível para que pudessem expressar o motivo que as tinha levado a se dirigirem ao SU. Como refere Phaneuf (cit. em Vieira, 2009, p. 115), “para ajudar, a enfermeira tem de tomar a iniciativa ou facilitar o primeiro contacto relacional”.

Na Sala de Triagem, seguimos os respetivos organogramas inerentes à situação de cada pessoa, solicitámos, tanto via informática, como telefonicamente, outros técnicos de saúde, nomeadamente Cardiopneumologistas, a fim de efetuar um diagnóstico e consequente tratamento com a maior brevidade possível. Recorremos aos meios de que dispúnhamos, isto é, ao Sistema ALERT. É de referir que os conhecimentos previamente adquiridos com a prática profissional e as competências adquiridas no exercício de funções no SU e na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários ajudou-nos também a identificar determinadas situações vivenciadas pelas pessoas que ali

recorriam. Relembrando os conceitos de Benner (2005, pp. 54-58), sentimo-nos no estádio entre Enfermeira Proficiente e Enfermeira Perita, dado que atendemos às situações na sua globalidade e não em termos de aspetos isolados. Como refere Benner (2005), a percepção é “uma palavra-chave.... a enfermeira perita tem uma enorme experiência, compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis”. Estas situações fizeram-nos refletir sobre a responsabilidade do enfermeiro, que é imensa, porque, não fazendo uma triagem correta, o enfermeiro pode provocar dano para a pessoa que recorreu ao SU.

O Algarve, como destino turístico que é, acolhe uma grande comunidade de turistas, sendo igualmente um destino de imigração para uma comunidade de estrangeiros residentes na região. Tendo em conta esta realidade, no Serviço, prestámos cuidados a pessoas de diferentes nacionalidades. Logo, é indispensável pensar no papel do enf.º em termos de transculturais, até porque, como refere Leininger (cit. em Tomey, 2004, p. 573) “o cuidar em enfermagem benéfico, saudável e satisfatório, culturalmente baseado, contribui para o bem-estar de indivíduos, famílias, grupos e comunidades dentro do seu contexto ambiental”.

Recordamo-nos de uma situação referente a uma mulher, proveniente do Leste da Europa, que tinha sido vítima de violência doméstica. Informámo-la que poderia efetuar queixa na polícia e ser-lhe-ia dado apoio. A mesma recusou, só querendo que lhe fossem prestados os cuidados imediatos, pois era sua intenção voltar para casa. Independentemente de concordarmos ou não com a sua decisão, respeitámos a sua vontade. Segundo Barradas (2009, p. 46), “a rápida transformação da nossa sociedade moderna, mediatizada e multicultural, exige que os enfermeiros se formem cada vez mais para a interculturalidade/mundialidade e se dispam definitivamente de etnocentrismos, na abertura à diversidade das pessoas – doentes/utentes – que delegam neles o cuidar”. Concluímos, portanto, que se se pretende cuidar com qualidade e se a nossa sociedade é multicultural, torna-se imprescindível cuidar de forma congruente com os valores, crenças e modos de vida da pessoa com que se cuida.

No que se refere à Sala de Emergência, esta está preparada para receber três doentes em situação crítica e nela encontra-se um médico em permanência. Assim, existem critérios definidos pelo médico residente para que os mesmos possam estar na sala.

Durante o Estágio decorrido neste espaço, direcionámos a nossa atuação tanto para a pessoa com agudização de doença crónica como para a pessoa com necessidades específicas e agudas nomeadamente multi-vítimas, politraumatizadas e com compromisso das funções vitais; com fraturas a vários níveis; com traumatismos cranianos graves. Cuidámos também de pessoas em paragem cardiorrespiratória, com Enfarte Agudo do Miocárdio, com Edema Agudo do Pulmão; outras com Ventilação Mecânica Invasiva e com Ventilação Mecânica Não Invasiva; e outras ainda em choque hipovolémico, etc.. Procurámos sempre estabelecer prioridades na prestação de cuidados, pois, conforme defende Sheehy's (2000, p. 125), “estabelecer prioridades, mercê de avaliação qualificada e intervenções adequadas, contribui significativamente para a redução da mortalidade e da morbilidade”.

Durante o ensino clínico na Sala de Emergência, verificámos que não existia qualquer tipo de recomendações para a reanimação cardio-pulmonar. Por esta razão e para que fossem prestados cuidados atualizados e em conformidade com as recomendações do European Resuscitation Council (ERC), deixámos no Serviço os Algoritmos preconizados (Apêndice IX), o Algoritmo Universal, em tamanho grande e plastificado para afixar na Sala de Emergência (Anexo IX), assim como as recomendações do ERC para a reanimação cardio-pulmonar (RCP). Estas recomendações atualizam as que foram publicadas em 2005 e apoiam-se no mais recente *International Consensus on CPR Science with Treatment Recommendation*.

Com efeito, as recomendações clínicas devem ser atualizadas regularmente de modo a refletirem esse desenvolvimento e aconselharem os profissionais na execução das melhores práticas, tal como preconizado por Vieira (2009, p. 123), que defende que “os enfermeiros precisarão não só de conhecer as práticas... como de estarem preparados para desempenhar um papel activo nesses cuidados”.

Atualmente, assistimos ao desenvolvimento de novas responsabilidades e competências na Enfermagem, motivo pelo qual é importante que os enfermeiros tentem assumir o cumprimento das boas práticas e se esforcem por respeitar a dignidade da pessoa. Margato (2004) defende o dever de tomar as “melhores decisões em cada momento, situação, orientados pela ética e deontologia da evidência científica, para que a

comunidade continue a encontrar em nós a âncora essencial à preservação do bem-estar”.

A este propósito, recordamo-nos de uma situação em que uma sr.^a Assistente Operacional entrou na sala de Emergência com uma sr.^a em cadeira de rodas. Esta encontrava-se consciente, orientada e colaborante. Tinha estado inconsciente uns minutos antes, mas, naquele momento, conseguia explicar que se tinha dirigido ao Hospital, porque tinha sofrido uma síncope e informou-nos que era diabética. Após confirmação da glicemia, o médico e o enf.^o da sala deram indicação para que a sr.^a voltasse para o Balcão. Porém, insistimos para que se procedesse à avaliação da tensão arterial e à verificação do traçado eletrocardiográfico. Realizado este procedimento, verificou-se uma frequência cardíaca de 29bpm, pelo que estávamos na presença de um diagnóstico médico de um bloqueio aurículo ventricular de 3.^o grau. Esse dia levou-nos a refletir sobre várias situações, designadamente a premência absoluta da necessidade da pessoa a quem prestamos cuidados dever e ter sempre que ser vista na globalidade; fez-nos pensar igualmente sobre o Risco, já que não podemos nunca facilitar, ultrapassar passos/procedimentos indispensáveis que nos conferem a informação necessária para a avaliação da pessoa a quem prestamos cuidados. Recorrendo à Teoria Multifatorial dos acidentes de James Reason, esta é muito “transparente” a este respeito, defendendo que nos devemos certificar que todos os parâmetros foram seguidos. Percebemos que não devemos abandonar as nossas convicções ou, quando as abandonamos, devemos estar convictos de que o que estamos a fazer é o mais correto para a pessoa a quem prestamos cuidados. Tal como é preconizado por Hesbeen (2000, p. 37), Cuidar é “uma arte, é a arte do terapeuta, aquele que consegue combinar elementos de conhecimento, de destreza, de saber-ser, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular”.

Um outro objetivo definido foi o seguinte:

- ❑ **Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com a pessoa e a família, especialmente na sua área de aplicação.**

Atualmente, no SU do HFE.P.E., não existem salas de tratamento ou boxes individuais, aquando da prestação de cuidados de enfermagem, o que leva a que não seja assegurado uma prestação de cuidados individualizada e personalizada tendo em conta a privacidade da pessoa,

O artigo 1.º da Carta dos Direitos do Doente Internado, emitida pela Direcção Geral da Saúde do Ministério da Saúde, defende que “sempre e em qualquer situação toda a pessoa tem o direito a ser respeitada na sua dignidade, mas mais ainda quando está internada e fragilizada pela doença”. E o seu artigo 11.º defende que o doente internado tem direito a que todo o ato diagnóstico ou terapêutico seja efetuado só na presença dos profissionais indispensáveis à sua execução. É função principal do enfermeiro salvaguardar tais situações. Tal como foi defendido por Watson (2002, pp. 60-61), o cuidar “envolve uma filosofia de compromisso moral direccionado para a proteção da dignidade humana e preservação da humanidade”, tendo a enfermagem a responsabilidade ética e social, tanto para com o indivíduo, como para a sociedade, no desempenho do cuidar. Com a excessiva carga de trabalho, por vezes, é fácil o Enf.ª cair no erro de direccionar o “cuidar para os problemas, os déficits e as incapacidades da pessoa, não fazendo com que a pessoa participe nos cuidados a si mesma” (Meleis, cit. por Kérrouac, 1996, p. 6).

Para além de tais premissas deverem ser defendidas pelos enfermeiros, é competência do Enfermeiro Especialista efetuar a gestão do bem-estar da pessoa em situação crítica, otimizando as respostas, através da capacidade de identificação de evidências emocionais de mal-estar por parte da pessoa a quem presta cuidados.

Outra situação observada foi a inexistência de um aspirador de secreções na Sala de Tratamentos, o que obrigava a que o doente fosse deslocado para a Sala de Emergência, sempre que fosse necessário realizar tal procedimento. Por este motivo, deixámos um documento com uma proposta de alterações da estrutura física desta sala (Apêndice IX) e promovemos a reflexão sobre o tema junto dos outros enf.^{os}. Na verdade, não é só em

torno da doença que se desenvolvem as práticas dos cuidados, mas à volta de tudo o que permite sobreviver, conforme refere Collière (2003, p. 58).

Não podemos deixar de mencionar a importância que a presença da família representa para a pessoa que se encontra no SU. No nosso local de estágio, a família poderia permanecer durante o horário de visitas. Constatámos que, por vezes, as famílias apresentavam elevados níveis de ansiedade face à situação do seu familiar e tinham dificuldades em lidar com os períodos de espera. Nestas situações, “é dever do enf.º ouvi-las, mostrando disponibilidade e compreensão; deverá colocar em prática técnicas de comunicação e usar da assertividade para prevenir conflitos e resolver problemas interpessoais” (Phaneuf, 2005, p. 498).

O último objetivo proposto foi o de:

❑ Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros.

Os conhecimentos adquiridos ao longo da experiência enquanto profissional possibilitaram-nos não só prestar cuidados, aplicando uma metodologia eficaz na assistência à pessoa em situação crítica, como também orientar e supervisionar a prestação de cuidados por parte de alguns elementos mais jovens da equipa de Enfermagem.

Em conversas informais com os enfermeiros, constatámos que alguns temas lhes suscitavam dúvidas, as quais poderiam ser esclarecidas através da formação, isto é, dando às pessoas “*informação* para que elas aprendam novos *conhecimentos, habilidades e destrezas*, de forma a serem mais eficientes naquilo que fazem” (Costa, 2003, p. 270). Hesbeen (2006, p. 139) defende igualmente a importância da formação, pois esta permite ao profissional “alargar os seus horizontes e melhorar a sua capacidade de ir ao encontro do benefício dos cuidados”, assim como “desenvolver ou atualizar [...] competências técnicas”.

Por conseguinte, decidimos organizar um seminário, cujos temas principais foram “A Pessoa em Situação Crítica e a Gestão do Risco Clínico em Meio Hospitalar” (Apêndices X e XI). O primeiro tema está relacionado com o facto de ser a base do nosso curso de Mestrado e o segundo foi o “fio condutor” de todo o Ensino Clínico.

A iniciativa proporcionou a apresentação de várias comunicações e a discussão de procedimentos implicados na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. Serviu igualmente para apresentar duas propostas ao Hospital, designadamente a criação da Via Verde Sépsis e da Via Verde Trauma. Promoveu-se ainda a reflexão sobre a Gestão do Risco Clínico em Meio Hospitalar, nomeadamente a prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde (tendo sido dada a conhecer a experiência do Hospital de Faro a este propósito). A notificação de incidentes como uma ferramenta de mudança, a aprendizagem e a promoção da qualidade foram outras temáticas trazidas a debate no seminário.

Incentivámos vários enfermeiros e médicos de diversos serviços do HFE.P.E., a colaborarem na iniciativa e convidámos um preletor externo (um Enfermeiro Gestor de Risco do Hospital de Setúbal). No total, o seminário contou com 12 preletores, 3 moderadores e 118 participantes.

Consideramos, deste modo, ter contribuído para a partilha e aquisição de conhecimentos e de saberes, não só junto da Equipa de Enfermagem do SU mas também de outros membros da Instituição, promovendo a edificação do conhecimento científico em Enfermagem, a fim de dar resposta às necessidades da pessoa e família, aumentando a sua capacidade de adaptação a fim de manter e promover a saúde e o bem-estar da comunidade (Meleis, 1997).

2 – REFLEXÃO FINAL

Chegámos ao momento de efetuar uma reflexão final sobre o percurso vivido ao longo do Curso e sobre as competências adquiridas durante o Estágio. Para o efeito, começamos por relembrar a Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro, que preconiza que “O título de *enfermeiro especialista* reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de Enfermagem especializados em áreas específicas de Enfermagem. Na prática, a reflexão sobre a mesma e a atualização e aquisição de conhecimentos, permitiu-nos desenvolver uma metodologia de assistência eficaz na prestação de cuidados; tal como é defendido por Fernandes (2007, p. 80), quando os conhecimentos são contextualizados, as rotinas e a esquematização da ação apenas se tornam acessíveis ao estudante, no contexto da ação. De facto, como preconizado por Honorré (2002, p. 99) “a formação em saúde não deve ser prescritiva, mas descoberta, revelação, apoio mútuo, acompanhamento em função dos acontecimentos ao longo da vida”, ou seja é um processo continuum enquanto pessoa e profissional.

Já Benner (2001, pp. 32-33) defende que a aquisição de competências baseadas na experiência é mais segura e mais rápida se assentar sobre boas bases pedagógicas. A autora enfatiza a experiência profissional e considera que o conhecimento prático se adquire com o tempo. Assim sendo, uma reflexão crítica sobre o Estágio, leva-nos a constatar que adquirimos novas e diversificadas do “saber” e do “saber fazer” enquanto pessoa e enfermeira, uma vez que conseguimos mobilizar conhecimentos e competências provenientes da nossa experiência pessoal e profissional prévia (o exercício da profissão de enfermeira durante quinze anos) e da formação pós-graduada para a prática, permitindo assim desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência à pessoa e à família. Promovemos sempre o desenvolvimento pessoal e profissional, através do esclarecimento de dúvidas com os enf.^{os} orientadores e com a restante equipa multidisciplinar, ou ainda através da elaboração de pesquisas bibliográficas no sentido de solidificação e aquisição de conhecimentos, esclarecimento de dúvidas. Prestámos cuidados à pessoa em situação crítica e à sua família, colaborando

com a mesma na vivência de processos complexos de doença crítica e/ou de falência orgânica, na UCI, no BO e no SU. Nessas circunstâncias, adotamos sempre uma relação de comunicação (terapêutica) com a pessoa e a família, tentando prestar apoio, tranquilizar, ajudar a aliviar a ansiedade, transmitir segurança e até afastar o medo do desconhecido; demos igualmente assistência em processos de luto. Houve sempre o cuidado de adaptar a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa.

Mais ainda, dinamizamos a resposta a multivítimas em emergência, já que, aquando da permanência na Sala de Reanimação no SU, deparámo-nos com situações em que foi necessário prestar cuidados a mais do que uma pessoa (por exemplo, múltiplas vítimas de acidente de viação). Demonstrámos conhecimentos e competências a nível do suporte avançado de vida, em situações de paragem cardiorrespiratória. Avaliámos e adequámos a nossa intervenção em situações mais complexas, segundo uma perspetiva académica.

Guiados pelo “fio condutor” que orientou o Estágio, a Gestão do Risco em Meio Hospitalar, atuámos, várias vezes, tendo em vista a Prevenção e a Gestão do Risco, maximizando a intervenção na prevenção e no controlo da infeção, nos três campos de estágio. Demonstrámos, por conseguinte, ter conhecimento do Plano Nacional de Controlo de Infeção e das Diretivas das Comissões de Controlo da Infeção.

Através de ações de formação em serviço, apresentámos um Poster (em contexto de Jornadas) e moderámos um Seminário (AnexoIV). Com estas atividades, julgamos ter conseguido comunicar os resultados da prática clínica a audiências especializadas, identificar necessidades de formação na área da especialização, promover a formação em serviço e o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, zelando por uma melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.

No decorrer do Estágio, adotamos sempre uma postura de desejo de aprender, de disponibilidade, de capacidade para trabalhar de forma adequada na equipa multidisciplinar, desenvolvendo diversas atividades com competência e adotando um bom relacionamento com todos os elementos da equipa.

3 – CONCLUSÕES

Chegados ao fim deste percurso, estão reunidas as condições para apresentarmos as nossas conclusões. Em primeiro lugar, consideramos imprescindível e indiscutível o interesse e o contributo da formação universitária para o desenvolvimento enquanto pessoa e profissional. Como preconizado por Collière (2003, p. 436), a formação universitária não garante por si só uma prestação de cuidados de enfermagem com qualidade, uma vez que os saberes oriundos das teorias e dos conceitos têm de ser conjugados com os factos vividos e experienciados. Logo, ao acederem à formação universitária especializada, é importante que os enfermeiros tenham a preocupação constante de reduzir o fosso entre os saberes empíricos adquiridos pela experiência e os saberes teorizados. Será essa conjugação de saberes que trará uma mais-valia para os enfermeiros, para a qualidade e competência dos cuidados de enfermagem prestados no quotidiano e, naturalmente, para a pessoa que os recebe. De facto, a ligação dos conhecimentos teóricos à prática fornecida através do Ensino Clínico veio contribuir para a aquisição de saberes e para o desenvolvimento de uma prática de Enfermagem avançada, ao associar competências técnicas, científicas e relacionais, permitindo um olhar crítico e reflexivo sobre a prática.

Em segundo lugar, reconhecemos que surgiram algumas dificuldades (de ordem diversa) ao longo do Estágio. Uma dessas dificuldades foi a carência de Enfermeiros especialistas e, particularmente, em enfermagem médico-cirúrgica e que se refletiu na prática clínica e, inevitavelmente, a nível da supervisão do Estágio. Essa privação refletiu-se num défice de partilha de vivências e de experiências com um profissional com um conhecimento aprofundado num domínio específico da Enfermagem, como se trata da especialidade em enfermagem médico-cirúrgica.

Em terceiro, apesar das dificuldades / limitações acima referidas, compreendemos como o Estágio nos fez crescer, pois alargou os nossos horizontes do ponto de vista profissional e pessoal, melhorando a qualidade da prestação de cuidados,

a eficácia e a eficiência da resposta às necessidades apresentadas pela pessoa a quem foram prestados cuidados e respetiva família, assim como a relação mantida com as mesmas. A aquisição e o desenvolvimento de conhecimentos e de competências na área da enfermagem médico-cirúrgica permitiu ainda mobilizar e desenvolver conhecimentos e aptidões provenientes da experiência pessoal, profissional e de vida para o contexto da prática. A aquisição e o desenvolvimento de saberes teóricos e práticos, as experiências vivenciadas, as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas na área de enfermagem médico-cirúrgica, com a realização deste curso contribuíram grandemente para o exercício de uma prática de excelência, tendo sempre como objetivo final aumentar os ganhos em saúde, no âmbito da prestação de cuidados de qualidade à pessoa e à família, e dignificar a Enfermagem.

De facto, não restam dúvidas de que as experiências vivenciadas ao longo do Estágio contribuíram para o desenvolvimento da reflexão sobre a tomada de decisão, sendo esta baseada e fundamentada na prática com base na evidência. Por consequência, reconhecemos e valorizamos a importância da investigação na prática da Enfermagem, já que a mesma contribui para o desenvolvimento de uma atitude reflexiva e fundamentada por parte dos enfermeiros. O importante será garantir que a profissão seja reconhecida como uma profissão autónoma com saberes próprios.

Em último lugar, reconhecemos que foi, sem dúvida, com grande satisfação que, ao longo do Estágio, conseguimos atingir e superar os objetivos a que nos tínhamos proposto inicialmente. No entanto, também sentimos alguma impotência quando presenciámos práticas que denotavam inconformidades, bem como certas normas instituídas, como sucedeu, com maior incidência, nos Módulos I e III. Face às situações observadas e, na qualidade de enfermeira perita, tentámos mobilizar conhecimentos e competências, de forma a efetivar a mudança, com o intuito final de proporcionar ganhos em saúde, ou seja, dando primazia à intervenção em áreas prioritárias para a pessoa, desenvolvendo estratégias, tendo em vista a contínua satisfação das necessidades da pessoa em situação crítica e da sua família.

Estes foram, portanto, alguns dos aspetos conclusivos a que chegámos com a realização deste nosso Relatório. Esperamos ter contribuído para seduzir novos enfermeiros para

aprofundarem a sua formação, especializando-se numa área da Enfermagem onde ainda existem algumas carências que urge colmatar, nomeadamente na área da enfermagem médico cirúrgica..

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASSOCIAÇÃO dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP). (2006). *Práticas recomendadas para o bloco operatório*. Lisboa: Espaço Gráfica.
- ASSOCIAÇÃO dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP). (2006). *Enfermagem perioperatória: da filosofia à prática dos cuidados*. Lisboa: Lusodidacta.
- BARRADAS, A., RODRIGUES, J., PEREIRA, M. (dezembro de 2009). «O cuidar multicultural como estratégia no futuro». *Nursing: revista de continuação contínua em enfermagem*. N.º 252. Lisboa.
- BENNER, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- COLLIÈRE ,M.-F. (1999). *Promover a Vida – Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem* – Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, Lisboa, Porto, Coimbra – Lidel – edições técnicas, lda.
- COLLIÈRE, M.-F. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. 2.^a ed. Loures: Lusociência.
- COSTA, R. (2003). *Persona: manual prático de gestão de pessoas*, Lisboa: Bertrand editora.
- CRAIG, J., SMYTH, R. (2004). *Prática baseada na evidência: manual para enfermeiros*. Loures: Lusociência.
- FERNANDES, O. (2007). *Entre a teoria e a experiência: desenvolvimento de competências de enfermagem no ensino clínico no hospital no curso de licenciatura*. Loures: Lusociência.
- FRAGATA, J. (2006). *Risco clínico: complexidade e performance*. Coimbra: Edições Almedina.

- HESBEEN, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- HONORÉ, B. (2002). *A Saúde em Projecto*. Loures : Lusociência
- IESS – Informação da Espírito Santo Saúde (2011) – *Sistema robótico da Vinci: Hospital da Luz inova de novo* – Edição Nº 6
- COLLIÈRE, M.-F. (2001). *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- KÉROUAC, S. *et al.* (1996). *El pensamiento enfermeiro*. Barcelona: Masson.
- MELEIS, A. (1997). *Theoretical Nursing: Development and Progress* – 3rd ed. – Philadelphia, Lippincott-Raven Publisher
- ORDEM dos Enfermeiros. (2005). *Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Editorial Letrário.
- ORDEM dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de doentes críticos*. Ordem dos Médicos: Centro Editor Livreiro da Ordem.
- PADILHA *et al.* (2005). «Therapeutic intervention scoring system – 28 (TISS 28): directrizes para aplicação». *Revista da Escola de Enfermagem USP*, vol. 39, n.º 2. São Paulo.
- PHANEUF, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- SHEEHY'S *et al.* (2001). *Enfermagem de urgência: da teoria à prática*. Loures: Lusociência.
- TOMEY, A. e ALLIGOOD, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem*, 5.^a ed.. Loures: Lusociência.
- URDEN, L. *et al.* (2008). *Enfermagem de cuidados intensivos: diagnóstico e intervenção*. 5.^a ed.. Lisboa: Lusodidacta.

VIEIRA, M. (2009). *Ser enfermeiro: da compaixão à proficiência*. 2.^a ed.. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.

WATSON, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

LEGISLAÇÃO:

Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) – (Aprovado pelo Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro)

Carreira de Enfermagem (Aprovado pelo Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de Novembro com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei 104/98 de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei nº111/2009 de 16 de Setembro)

REFERÊNCIAS ELETRÓNICAS:

«Enfermeiros no bloco operatório». (2008). Consultado a 11 de novembro de 2011. Disponível na World Wide Web: <<http://forum patria.com/sociedade/enfermeiros-no-bloco-operatorio/>>

HOSPITAL da Luz. Espírito Santo Saúde (2011). Bloco Operatório. Consultado a 11 de novembro de 2011. Disponível na World Wide Web: <<http://www.hospitaldaluz.pt/index.aspx?showArtigoId=51>>

INSTITUTO Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2004). «Recomendações para prevenção da infeção do local cirúrgico». Consultado a 11 de novembro de 2011. Disponível na World Wide Web: <<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008553.pdf>>

PORTAL DA SAÚDE (2008). Carta dos direitos e deveres dos doentes. Consultado a 15 de janeiro de 2012. Disponível na World Wide Web: <<http://www.minsaude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/direitos+deveres/direitos+deveresdoente.htm>>

MINISTÉRIO DA SAÚDE (s/d). Carta dos direitos do doente internado. Consultado a 15 de janeiro de 2012. Disponível na World Wide Web: <<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>

TRIAGEM DE MANCHESTER – 18 de janeiro de 2012 . Disponível na World Wide Web:

<http://www.croc.min-saude.pt/Emergencia/Triagem/>

APÊNDICES E ANEXOS

Apêndice I – Carta aos Serviços Farmacêuticos

Apêndice II - Norma de Monitorização de Pressão Intracraniana

Apêndice III – Poster: Risco Clínico numa Unidade de Cuidados Intensivos

Apêndice IV - Ação de Formação: Plano de Gestão do Risco Clínico e Norma de
Cuidados de Enfermagem a Doentes com Monitorização de PIC

Apêndice V – Norma sobre Manuseamento e Armazenamento de Material Estéril
no Bloco Operatório

**Apêndice VI - Norma sobre Medidas de Controlo e Reposição de Estupefacientes e
Psicotrópicos no Bloco Operatório**

Apêndice VII – Ação de Formação: Atualização de Recomendações do *European Resuscitation Council (ERC) Guidelines 2010*

Apêndice VIII – Questionário de Avaliação da Sessão

Apêndices IX – Proposta de Alteração da Sala de Enfermagem do SU do HF.E.P.E

Apêndices X – Pedido de autorização para a realização de Seminário de
Enfermagem do SU

Apêndice XI – Seminário de Enfermagem do Serviço de Urgência – A Pessoa em
Situação Crítica – Gestão do risco em Meio Hospitalar no HDFE.P.E.

Anexo I – Certificado de apresentação de Poster nas I Jornadas Internacionais de Évora

Anexo II – Certificado de apresentação de Poster nas Jornadas de Enfermagem em
Cuidados Intensivos 2011– A Pessoa em Situação Crítica

Anexo III – Autorização de Conselho de Administração para realização de
Seminário de Enfermagem

Anexo IV – Certificado comprovativo como elemento organizador e da comissão
Científica do Seminário de enfermagem do serviço de Urgência

